

La Investigación Psicológica de la Pandemia de la COVID-19 en España: Una Revisión Sistemática del Impacto de la Pandemia sobre la Salud Emocional en la Población General Adulta

María Paz García-Vera, José M. S. Marqueses, Andrea García de Marina,
Noelia Morán y Jesús Sanz
Universidad Complutense de Madrid

The Psychological Research on the COVID-19 Pandemic in Spain: A Systematic Review of the Impact of the Pandemic on Emotional Health in the General Adult Population

Dirección para la correspondencia:

María Paz García-Vera, Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas, 28223 Madrid, España (mpgvera@psi.ucm.es)

Agradecimientos:

Esta investigación ha sido en parte posible gracias a un contrato predoctoral para la formación de profesorado universitario del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte de España concedido al segundo autor (ref. FPU16/02976) y a una ayuda de investigación del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades concedido al primer autor y al último (ref. PGC2018-098387-B-I00).

Resumen

Se presenta una primera revisión sistemática de la investigación psicológica sobre la pandemia de la COVID-19 realizada en España. Dado que esta investigación se ha centrado en el impacto emocional de la pandemia, se presenta también una revisión sistemática de los estudios sobre la prevalencia de la depresión, la ansiedad, el estrés postraumático, el estrés y el malestar emocional durante la pandemia en la población general adulta española. Se realizó una búsqueda en PsycInfo que identificó 18 estudios en los que, en conjunto, se había evaluado a 57 681 personas. Los resultados permiten estimar que la prevalencia de la sintomatología moderada-grave en la población general adulta española durante la primera ola de la pandemia fue de 18.6% para la depresión, 12.7% para la ansiedad, 33.1% para el estrés postraumático, 21.5% para el estrés y 29.5% para el malestar emocional. Estos resultados se discuten en el contexto de las limitaciones de los estudios realizados durante la pandemia, ya que la inmensa mayoría se realizaron por internet y con muestreos no probabilísticos con el método de bola de nieve y, por tanto, son susceptibles a los sesgos derivados de la autoselección y de la exclusión de las personas sin acceso a internet.

Abstract

A first systematic review of the psychological research on the COVID-19 pandemic carried out in Spain is presented. Given that this research has focused on the emotional impact of the pandemic, a systematic review of studies on the prevalence of depression, anxiety, post-traumatic stress, stress, and emotional distress during the pandemic in Spanish general adult population is also presented. A search in PsycInfo identified 18 studies in which, altogether, 57681 people were evaluated. The results allow us to estimate that the prevalence of moderate-severe symptoms in the general Spanish adult population during the first wave of the pandemic was 18.6% for depression, 12.7% for anxiety, 33.1% for post-traumatic stress, 21.5% for stress, and 29.5% for emotional distress. These results are discussed in the context of the limitations of the studies carried out during the pandemic, since the vast majority were carried out online and with non-probabilistic sampling using the snowball method and, therefore, are susceptible to biases derived from self-selection and exclusion of people without internet access.

Palabras clave

pandemia de la COVID-19, depresión, ansiedad, estrés postraumático, población general.

Keywords

COVID-19 pandemic, depression, anxiety, posttraumatic stress, general population.

La pandemia de la COVID-19 se ha convertido en la mayor catástrofe que ha vivido la humanidad desde la II Guerra Mundial, hace 75 años. A fecha 6 de marzo de 2022, el Centro de Recursos para el Coronavirus de la Universidad Johns Hopkins contabilizaba en el mundo más de 445 millones de personas (445135990) contagiadas por el coronavirus SARS-CoV-2 y casi seis millones de personas (5995271) fallecidas por la COVID-19 (Johns Hopkins Coronavirus Resource Center [JHCRC], 2022). El número de personas que han tenido que ser hospitalizadas por la COVID-19 es difícil de estimar. En EE. UU., se contabilizaron 74 593 316 casos confirmados de COVID-19 entre el 1 de agosto de 2020 y el 3 de marzo de 2022 (JHCRC, 2022), y, en ese mismo período, 4 544 457 estadounidenses fueron hospitalizados por COVID-19 (Centers for Disease Control and Prevention, 2022), por lo que se podría estimar que la tasa de hospitalización entre los infectados por el coronavirus es de 6.1%. Extrapolando esta cifra al total mundial de casos confirmados, se podría estimar que, en el mundo, el número de personas que han necesitado hospitalización por la COVID-19 superaría los 27 millones de personas. La magnitud de la catástrofe se ha visto además intensificada por las consecuencias económicas y sociales que han producido las estrictas medidas sociales y de salud pública, especialmente las medidas de cuarentena y confinamiento, que muchísimos países han adoptado para controlar la pandemia.

La Pandemia de la COVID-19 en España

Aunque la pandemia ha afectado al menos a 197 países (JHCRC, 2022), las tasas de personas infectadas o fallecidas por la COVID-19 difieren mucho en los distintos países (JHCRC, 2022), así como las medidas adoptadas para su control y, por ende, sus consecuencias sociales y económicas.

Entre esos 197 países, España ha sido uno de los países más castigados por la pandemia. A fecha 5 de marzo de 2022, los datos de *Our World in Data* (Ritchie et al., 2020) indican que España es el décimo país del mundo en el número de personas contagiadas, con 11 100 428 casos confirmados, y el decimoséptimo en el número de fallecidos, con 100 413 fallecimientos, aunque, teniendo en cuenta las tasas relativas por cada 100 000 habitantes, ocupa, entre los países con más de un millón de habitantes, el puesto 29.º en cuanto a la tasa de personas infectadas, con 23 747 casos, y el puesto 34.º en cuanto a la tasa de fallecidos, con 215 fallecimientos. También es uno de los países con mayores tasas de vacunación, ocupando la novena posición entre los países con más de un millón de habitantes en cuanto al porcentaje de la población que ha recibido la dosis completa inicial, con un 83.65% de la población vacunada.

Desde que el 24 de febrero de 2020 se notificó el primer caso de COVID-19 en España, el país ha sufrido seis olas de la pandemia, aunque, como se verá más adelante, los estudios que se revisaron en el presente trabajo se habían realizado todos ellos durante la primera ola. Esta ola, en España, alcanzó su pico de nuevas hospitalizaciones el 24 de marzo de 2020, con 5305 nuevos hospitalizados, su pico de nuevos ingresos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) el 25 de marzo, con 465 personas nuevas ingresadas en las UCI, y su pico de fallecidos el 30 de marzo, con 913 fallecimientos. A partir de estas fechas, estos indicadores de gravedad de la pandemia empezaron a descender, tal y como se muestra en la figura 1 del Suplemento, aunque lentamente. De hecho, su descenso no supuso una mejora sustancial en la situación sanitaria hasta que no alcanzó valores muy bajos, ya que, por ejemplo, aunque el número de nuevos pacientes hospitalizados o ingresados en las UCI descendía gradualmente, la gravedad de la COVID-19 y la falta de tratamientos eficaces para la misma provocaba que los pacientes tuvieran largas estancias en el hospital o en las UCI y, por tanto, que se llegara a una saturación o colapso en la atención hospitalaria muchos días después de que las nuevas hospitalizaciones y los nuevos ingresos en las UCI hubiesen disminuido desde su punto más álgido (véase la figura 1 en el Suplemento).

Después de que el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud declarara que el brote epidémico de la COVID-19 ocurrido en China debía considerarse una pandemia internacional (World Health Organization, 2020) y tras haberse registrado en España —hasta el 13 de marzo incluido— 6318 hospitalizados, 645 ingresos en las UCI y 242 fallecidos por la COVID-19, el Gobierno de España decretó, el 14 de marzo, el estado de alarma para la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia. Al día siguiente, entraron en vigor en todo el país unas rigurosas medidas sociales y de salud pública, entre las cuales cabe mencionar las siguientes: la suspensión de la apertura al público de todo tipo de establecimientos comerciales, culturales, deportivos, recreativos, de ocio o de hostelería y restauración con la excepción de los dedicados a actividades esenciales o a la venta de productos de primera necesidad (p. ej., centros comerciales de alimentación o productos higiénicos, centros médicos, farmacias, ópticas); la suspensión de la actividad educativa presencial; la limitación a aforos muy reducidos en los lugares de culto y en las ceremonias civiles y religiosas, incluidas las fúnebres, y el confinamiento de toda la población en sus hogares salvo para la realización de ciertas actividades esenciales (p. ej., adquisición de alimentos o productos farmacéuticos, asistencia a centros sanitarios, asistencia y cuidado de mayores, dependientes o personas con discapacidad) o para asistir al trabajo en el caso de las actividades laborales y servicios considerados esenciales.

Las medidas adoptadas en España estuvieron entre las más rigurosas puestas en marcha por los gobiernos de los distintos países afectados. En la figura 2 del

Suplemento se muestra, para España, Reino Unido y Bélgica, el índice de rigurosidad de las medidas gubernamentales para la gestión de la COVID-19 creado por el proyecto Oxford Coronavirus Government Response Tracker (OxCGRT) y recogido por *Our World in Data* (Ritchie et al., 2020). Este índice oscila entre 0 y 100 puntos, indicando un valor más elevado, unas medidas más rigurosas. El índice se calcula como el promedio de los siguientes nueve indicadores: cierre de la educación presencial; cierre de los lugares de trabajo presenciales; cancelación de los eventos públicos; restricciones de las reuniones públicas; cierre del transporte público; confinamiento en casa; campañas de información pública; restricciones de los movimientos internos, y controles de los viajes internacionales. Tras decretarse el estado de alarma, el índice de rigurosidad de España subió abruptamente hasta 67 puntos y siguió subiendo hasta alcanzar los 85 puntos el 30 de marzo, en los días en que las curvas de contagios, hospitalizados, ingresados en UCI y fallecidos de la primera ola alcanzaron sus picos. Posteriormente, el índice de rigurosidad se mantuvo en ese nivel elevado durante aproximadamente dos meses, hasta que el Gobierno de España inició el 28 de abril un plan de transición a la normalidad en cuatro fases graduales de desconfinamiento y vuelta a la actividad habitual. En la figura 2 del Suplemento también puede observarse que el índice de rigurosidad de España fue más elevado que los de Bélgica y Reino Unido, lo cual indica que las medidas adoptadas para controlar la pandemia por el Gobierno español fueron más estrictas que las adoptadas por los Gobiernos belga o británico, a pesar de que, por esas fechas, las tasas de contagio o mortalidad por COVID-19 en Bélgica eran más elevadas que en España.

La Investigación Psicológica de la Pandemia de la COVID-19 en España

Ante un fenómeno tan desconocido como el nuevo virus SARS-CoV-2 y la nueva enfermedad de la COVID-19 y ante una catástrofe de tales dimensiones como su pandemia, los países dirigieron su mirada a la ciencia no solo solicitando explicaciones sobre el origen y las características del virus y anhelando el desarrollo de tratamientos y vacunas eficaces para la enfermedad, sino también demandando orientaciones y guías para afrontar los nuevos desafíos sanitarios, económicos, psicológicos y sociales que imponían tanto la propia pandemia como las rigurosas medidas sociales y de salud pública adoptadas para su control. La ciencia mundial respondió a estas solicitudes, anhelos y demandas con una actividad investigadora frenética y con una circulación muy rápida y amplia en la comunidad científica de los conocimientos adquiridos por los investigadores. Esto se tradujo, por ejemplo, en que el 15 de julio de 2020, seis meses

después de la aparición de los primeros artículos científicos sobre la COVID-19 en PubMed, la mayor base de datos de información científica sobre la salud, esta base ya acumulara 31322 trabajos sobre el tema (Albornoz et al., 2020).

Esta intensa y rápida actividad científica también se dio en el campo de la psicología. Una búsqueda para el período comprendido entre el 1 de enero y el 7 de octubre de 2020 con las palabras *COVID-19* o *coronavirus* en PsycInfo, la mayor base de datos de información científica sobre psicología, resultó en 3718 trabajos sobre el tema. En este contexto, cabría preguntarse cuánta de esa investigación fue realizada por la psicología española y, además, cuánta ofrecía conocimientos razonablemente sólidos basados en datos empíricos o proponía pautas, guías o protocolos concretos de evaluación o intervención útiles para responder a los desafíos planteados por la pandemia de la COVID-19. Para ello, y como una primera aproximación, se repitió la anterior búsqueda pero ampliando las bases de datos bibliográficas a PsycInfo, MEDLINE y PTSDpubs y limitando la búsqueda a los trabajos españoles al añadir con el operador “y” (*and*) las palabras *Spain* or *Spanish* a las palabras anteriormente mencionadas. Los resultados de esta búsqueda se presentan de manera resumida en la figura 3 del Suplemento utilizando el diagrama de flujo propuesto por el grupo PRISMA para la publicación de las revisiones sistemáticas de la literatura científica (Moher et al., 2009).

Tras descartar los duplicados, los 1564 trabajos inicialmente localizados fueron cribados sobre la base de su título y su resumen en función de los siguientes criterios de inclusión: a) artículos que informan de estudios empíricos o artículos que hacen propuestas concretas de guías de actuación, protocolos de intervención, protocolos de evaluación, servicios de atención, aplicaciones informáticas, aplicaciones para móviles, etc.; b) artículos sobre temas psicológicos, y c) artículos sobre estudios realizados con muestras de participantes de España (o con participación de una muestra mayoritaria de participantes españoles) o sobre propuestas para aplicar en España. Este cribado excluyó 1443 trabajos y la elegibilidad de los 121 trabajos restantes se realizó sobre la base de la lectura de su texto completo. En esta fase, 57 trabajos fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión anteriormente mencionados, y los 64 trabajos restantes, que sí los cumplían, fueron clasificados en función de los temas generales que trataban para tener una primera aproximación a la investigación psicológica sobre la COVID-19 realizada en España. El resultado de esta clasificación se resume en la tabla 1.

Tabla 1.- Temas psicológicos generales que abordan los trabajos científicos sobre la COVID-19 realizados en España y publicados y recogidos en PsycInfo, MEDLINE o PTSDpubs en los primeros nueve meses tras la notificación del brote de la COVID-19 en Wuhan (China),

Tema	N.º de trabajos (%)
Trabajo empírico sobre el impacto emocional de la pandemia de la COVID-19	38 (59.4%)
Trabajo empírico sobre temas del ámbito de la psicología clínica	12 (18.7%)
Propuesta de pautas, protocolos o guías de intervención, evaluación o terapia psicológicas para afectados por la COVID-19 o para personas vulnerables psicológicamente	7 (10.9%)
Trabajo empírico sobre temas del ámbito de la psicología del deporte	2 (3.1%)
Trabajo empírico sobre temas del ámbito de la psicología social	2 (3.1%)
Trabajo empírico sobre temas del ámbito de la psicología del trabajo	1 (1.6%)
Trabajo empírico sobre temas del ámbito de la psicología educativa	1 (1.6%)
Propuesta de una aplicación por internet para la intervención psicológica con afectados por la COVID-19	1 (1.6%)
Total:	64 (100%)

Como puede observarse en la tabla 1, la mayoría de los trabajos realizados por la psicología española tenían que ver con el impacto emocional de la pandemia de la COVID-19, con un total de 38 trabajos que representaban el 59.4% de los trabajos revisados. Este resultado no es sorprendente, ya que una abundante literatura científica sobre el impacto psicológico de diferentes tipos de desastres y catástrofes, tanto naturales como producidos por la mano del hombre,

ha demostrado un aumento en la prevalencia de la sintomatología y trastornos emocionales, en particular, el estrés postraumático, la depresión y la ansiedad, en la población directa o indirectamente afectada por un desastre o catástrofe (Beaglehole et al., 2018; Dai et al., 2016; García-Vera et al., 2021; Norris et al., 2002). Es más, una literatura científica más limitada, pero centrada específicamente en las repercusiones psicológicas de pasadas pandemias víricas —virus del Ébola, virus de la gripe A H1N1 y coronavirus del SARS— hacía suponer que la previsible huella psicológica de la pandemia de la COVID-19 iría mucho más allá de los enfermos y de los familiares de los fallecidos, afectando a muchas más personas que sufrirían sus repercusiones psicológicas directas o indirectas (Taylor, 2019).

Además, en el caso concreto de la pandemia de la COVID-19, se han sumado una serie de circunstancias asociadas a las medidas de confinamiento y distanciamiento social, las cuales, al menos en el caso de España, han sido, tal y como se ha comentado con anterioridad, especialmente rigurosas. Estas circunstancias previsiblemente agravarían aún más el impacto emocional de la pandemia de la COVID-19 y, entre ellas, cabría destacar, por ejemplo, las siguientes: el aislamiento social de los enfermos hospitalizados y de las personas mayores que viven en residencia de ancianos debido a la supresión del acompañamiento y visita de los familiares para evitar los contagios; la gran cantidad de personas expuestas a situaciones estresantes mantenidas como efecto indirecto de la pandemia, tales como pérdida de trabajo, problemas para pagar el alquiler de la vivienda, la energía y la alimentación, o la obligación de trabajar telemáticamente desde casa con tecnologías poco conocidas y en condiciones desfavorables; los efectos del confinamiento prolongado en las personas con problemas previos tales como trastornos mentales, problemas de pareja, violencia de género o violencia familiar de hijos hacia los padres o de los padres hacia sus hijos; la imposibilidad de acompañar a los familiares de los fallecidos por la COVID-19 por las restricciones de movilidad y de aforo en las ceremonias fúnebres civiles o religiosas, y la insuficiencia y poca accesibilidad de los recursos psicológicos del Sistema Nacional de Salud español (Berdullas Saunders et al., 2021; Sánchez-Marqueses et al., 2020).

Teniendo en cuenta, pues, que la mayoría de los trabajos realizados por la psicología española parece que tienen que ver con el impacto emocional de la pandemia de la COVID-19, el objetivo principal del presente trabajo fue revisar de manera sistemática esos trabajos y, en particular, examinar la prevalencia de los problemas o síntomas de ansiedad, depresión, estrés, malestar emocional o estrés postraumático en la población general adulta de España durante la pandemia de la COVID-19.

Método

Identificación de Estudios

Para encontrar estudios relevantes al objetivo del presente trabajo se realizó, el 16 de octubre de 2021, una búsqueda bibliográfica en PsycInfo, ya que, actualmente, es la base de datos bibliográfica más completa en psicología. La búsqueda se realizó mediante las siguientes palabras en los campos de resumen y título del trabajo de PsycInfo: *covid* o *coronavirus* o *covid-19* o *SARS*, combinadas con *Spain* o *Spanish* y con *psychology* o *psychological* o *anxiety* o *anxious* o *depression* o *depressive* o *stress*. En concreto, en la búsqueda se utilizó la siguiente expresión: *ab((covid or coronavirus or "covid-19" or SARS) and (Spain or Spanish) and (psychology or psychological or anxiety or anxious or depression or depressive or stress)) or ti((covid or coronavirus or "covid-19" or SARS) and (Spain or Spanish) and (psychology or psychological or anxiety or anxious or depression or depressive or stress))*.

La búsqueda permitió identificar 119 publicaciones incluidas en PsycInfo hasta la fecha de realización de la búsqueda y, tras añadir cinco publicaciones diferentes identificadas tras consultar la bibliografía citada en los estudios consultados, se obtuvieron 124 publicaciones. En la figura 4 del Suplemento se presenta de manera resumida y utilizando el diagrama de flujo propuesto por el grupo PRISMA (Moher et al., 2009), el proceso de búsqueda, cribado y selección de los estudios sobre la prevalencia de los problemas emocionales en la población general de España durante la pandemia de la COVID-19.

Cribado de los Estudios

En función de los objetivos del presente estudio y sobre la base de la lectura de sus títulos, datos bibliográficos básicos y resúmenes, se cribaron las 124 publicaciones inicialmente encontradas en función de si cumplían los siguientes criterios de inclusión: 1) informa de un estudio empírico que ofrece datos de prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión, estrés postraumático, estrés o malestar emocional (*distress*) durante la pandemia de la COVID-19; 2) el estudio se realizó con muestras de participantes adultos de la población general de España, pero no con muestras de grupos específicos de esa población general (p. ej., estudiantes universitarios, profesionales sanitarios, ancianos, personas con determinados problemas de salud, etc.), y 3) en el estudio se habían utilizado instrumentos de evaluación estandarizados y validados para medir los síntomas de ansiedad, depresión, estrés postraumático, estrés o malestar emocional..

Por tanto, se excluyeron las publicaciones que informaban de estudios realizados con muestras de participantes de otros países distintos a España (12 publica-

ciones) o con muestras de grupos específicos de la población general española como menores o sus padres (10), personal sanitario (8), estudiantes universitarios (6), personas con problemas de salud (6), ancianos (4) u otros grupos específicos (5; p. ej., profesores, mujeres embarazadas, cuidadores de personas con demencia). También se excluyeron trabajos que no presentaban datos de prevalencia (5), que eran revisiones de la literatura científica (2) o que eran artículos de opinión (1). Tras estas exclusiones, la muestra de publicaciones quedó reducida a 65.

Elegibilidad de los Estudios

De las 65 publicaciones resultantes de la fase de cribado, se obtuvo su texto completo y, en función de su lectura, se volvieron a evaluar esas publicaciones en cuanto al cumplimiento de los criterios de inclusión. En esta fase se excluyeron 25 publicaciones que, aunque informaban de estudios empíricos, no ofrecían datos sobre la prevalencia de los problemas emocionales, ocho publicaciones que recogían estudios sobre síntomas psicológicos aislados o sobre otros constructos psicológicos distintos a la ansiedad, la depresión, el estrés, el malestar emocional o el estrés postraumático (p. ej., miedo a la COVID-19, actividad física, salud percibida), seis publicaciones que eran cartas al editor o artículos de opinión y ocho publicaciones que, por ejemplo, informaban de estudios con muestras de participantes no pertenecientes a la población general, de estudios de casos o de estudios que habían utilizado instrumentos no estandarizados.

Estudios Incluidos en la Revisión

Finalmente, tras el proceso de cribado y elegibilidad de las publicaciones inicialmente identificadas, en la presente revisión sistemática se incluyeron 18 publicaciones que informaban de 18 estudios, de los cuales 16 estudios ofrecían datos de prevalencia de la depresión, 13 de la ansiedad, siete del estrés postraumático, seis del estrés y tres del malestar emocional.

Análisis Estadísticos

Para estimar la prevalencia de los distintos tipos de sintomatología emocional para distintos niveles de gravedad (leve, moderada o grave), se calculó la media de las prevalencias de los distintos estudios ponderada por el número de participantes de cada estudio. En el caso de los estudios longitudinales (Planchuelo-Gómez et al., 2020; Valiente et al., 2021b), para realizar esos cálculos se obtuvo la media de los dos momentos de evaluación para cada uno de los estudios.

Resultados

Características de los Estudios

En las tablas 2 a 6 del Suplemento se muestran las características de los estudios incluidos en esta revisión sistemática y que ofrecían datos sobre la prevalencia

de, respectivamente, la depresión, la ansiedad, el estrés postraumático, el estrés y el malestar emocional.

Todos los 16 estudios que ofrecían datos sobre la prevalencia de la depresión evaluaron una muestra de participantes de alcance nacional, con participantes que podían proceder de cualquier parte de España, excepto el estudio de Ozamiz-Etxebarria et al. (2020), cuyos participantes procedían de una única región o comunidad autónoma de España, el País Vasco. El tamaño de las muestras oscilaba entre 407 y 21207 participantes, siendo la media de 3355 personas. La edad media de las muestras de participantes osciló entre 32.1 y 46.1 años, y los porcentajes de mujeres entre 47.1% y 81.1%. Excepto en el estudio de Faris et al. (2021), en el cual se utilizó un procedimiento de muestreo probabilístico aleatorio, en todos los demás estudios se utilizaron muestreos no probabilísticos, mayoritariamente mediante el método de bola nieve, salvo en el estudio de Valiente et al. (2021a), en el cual se utilizó un muestreo por panel. En todos los estudios se realizó la evaluación de la depresión por internet, excepto en el de Faris et al. (2021), en el que se realizó por teléfono. Salvo en el estudio de Planchuelo-Gómez et al. (2020), en el que se utilizó un diseño longitudinal, en todos los demás estudios se utilizó un diseño transversal, en los cuales, en la mayoría (12 de 15, 80%), la evaluación se realizó en el primer mes tras la declaración del estado de alarma por parte del Gobierno de España. Todos los estudios revisados utilizaron cuestionarios, inventarios o escalas para medir la depresión, definiendo la presencia de niveles leves, moderados o graves de sintomatología depresiva según las puntuaciones de corte establecidos para dichos instrumentos. Los instrumentos más utilizados fueron el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) o sus versiones, PHQ-8, PHQ-4 o PHQ-2, aplicados en siete de los 16 estudios (43.8%), y la escala de depresión de las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés, versión abreviada (DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995), aplicada en otros seis estudios 37.5%.

Los 13 estudios que ofrecían datos sobre la prevalencia de la ansiedad evaluaron muestras de participantes de alcance nacional, excepto el estudio ya mencionado de Ozamiz-Etxebarria et al. (2020), con tamaños que variaban entre 595 y 21207 participantes, con una media de 3717 personas (véase la tabla 3 del Suplemento). La edad media de las muestras de participantes osciló entre 32.1 y 47 años, y los porcentajes de mujeres entre 47.1% y 81.1%. En todos los estudios se utilizaron muestreos no probabilísticos con el método de bola nieve, salvo en el estudio de Valiente et al. (2021a), en el cual se utilizó un muestreo no probabilístico por panel. En todos los estudios se realizó la evaluación de la ansiedad por internet y, salvo en el estudio de Planchuelo-Gómez et al. (2020), en el que se utilizó un diseño longitudinal, en todos los demás estudios se utilizó un diseño

transversal, en los cuales, en la mayoría (10 de 12, 83.3%), la evaluación se realizó en el primer mes tras la declaración del estado de alarma. Todos los estudios revisados utilizaron cuestionarios, inventarios o escalas para medir la ansiedad, definiendo la presencia de niveles leves, moderados o graves de sintomatología ansiosa según las puntuaciones de corte establecidos para esos instrumentos. Los instrumentos más utilizados fueron la escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7; Spitzer et al., 2006) o su versión breve, el GAD-2, aplicados en seis de los 13 estudios (46.1%), y la escala de ansiedad de la DASS-21, aplicada en otros seis estudios (46.1%).

Los siete estudios que proporcionaban datos sobre la prevalencia del estrés postraumático evaluaron muestras de participantes de alcance nacional, con tamaños que oscilaban entre 641 y 21207 participantes, siendo la media de 5232 personas (véase la tabla 4 del Suplemento). La edad media de las muestras de participantes fluctuaba entre 31.6 y 39.7 años, y los porcentajes de mujeres entre 64.9% y 75.1%. En todos los estudios se emplearon muestreos no probabilísticos con el método de bola nieve y se llevó a cabo la evaluación del estrés postraumático por internet. Salvo en el estudio de Planchuelo-Gómez et al. (2020), en el que se utilizó un diseño longitudinal, en todos los demás estudios se utilizó un diseño transversal y la evaluación se realizó en el primer mes tras la declaración del estado de alarma. Todos los estudios revisados utilizaron cuestionarios, inventarios o escalas para medir el estrés postraumático y definieron la presencia de niveles leves, moderados o graves de sintomatología de estrés postraumático según las puntuaciones de corte establecidos para los instrumentos. El instrumento utilizado en prácticamente la totalidad de los estudios (6 de 7, 85.7%) fue la Escala del Impacto del Estresor (IES), especialmente su versión revisada (IES-R; Weiss y Marmar, 1997), aplicada en cinco estudios (71.4%).

Los seis estudios con datos sobre la prevalencia del estrés evaluaron muestras de participantes de alcance nacional, excepto el estudio ya mencionado de Ozaiz-Etxebarria et al. (2020) con participantes solo del País Vasco (véase la tabla 5 del Suplemento). Los tamaños de dichas muestras oscilaban entre 1056 y 21207 participantes, con una media de 5561 personas. La edad media de las muestras de participantes oscilaba entre 32.1 y 39.7 años, y los porcentajes de mujeres entre 64.9% y 81.1%. En los seis estudios se utilizaron muestreos no probabilísticos con el método de bola nieve y se realizó la evaluación del estrés por internet. Excepto en el estudio de Planchuelo-Gómez et al. (2020), en el que se utilizó un diseño longitudinal, en todos los demás estudios se utilizó un diseño transversal en el que la evaluación se realizó en el primer mes tras la declaración de alarma. Todos los estudios revisados utilizaron, para medir el estrés, la escala de estrés de la DASS-21.

Los tres estudios con datos sobre la prevalencia del malestar emocional evaluaron muestras de participantes de alcance nacional, cuyos tamaños oscilaban entre 407 y 1781 participantes, con una media de 1272 personas (véase la tabla 6 del Suplemento). La edad media de las muestras de participantes fluctuaba entre 35.2 y 45.2 años, y los porcentajes de mujeres entre 47.1% y 77.8%. En los tres estudios se utilizaron muestreos no probabilísticos, en dos de ellos con el método de bola nieve y en el tercero (Valiente et al., 2021b) con el método de panel. En los tres estudios se realizó la evaluación del malestar emocional por internet y en dos se utilizó un diseño transversal y la evaluación se llevó a cabo en el primer mes tras la declaración de alarma, mientras que en el restante (Valiente et al., 2021b), se utilizó un diseño longitudinal y las evaluaciones se realizaron en el primer mes y en el segundo. En los tres estudios se aplicaron cuestionarios, escalas e inventarios, aunque el instrumento concreto utilizado fue distinto en cada estudio. En este sentido, es importante señalar que en el estudio de Günther-Bel et al. (2020) se aplicó la escala de ansiedad estado del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger et al., 2008), pero, en el presente estudio, se ha considerado que dicha escala mide malestar emocional y no específicamente ansiedad, ya que numerosos estudios han demostrado que correlaciona de manera elevada con medidas de depresión (Endler et al., 1992; Kennedy et al., 2001; Luteijn y Bouman, 1988) y que, por tanto, estaría midiendo un constructo más global de afecto negativo, psicopatología emocional o malestar emocional.

Prevalencia de la Sintomatología Emocional

En las tablas 2 a 6 del Suplemento se muestran las estimaciones de prevalencia de sintomatología depresiva, ansiosa, de estrés postraumático, de estrés y de malestar emocional, respectivamente, para cada uno de los estudios y para cada uno de los siguientes niveles de gravedad de los síntomas examinados en esos estudios: de leve a grave, de moderado a grave y grave. Por otro lado, en la tabla 7 se presentan, en función de los niveles de gravedad y del tipo de constructo emocional, las prevalencias medias ponderadas obtenidas a partir de los datos de prevalencia de las tablas 2 a 6 del Suplemento.

La prevalencia de los síntomas depresivos leves a graves en los nueve estudios que permitían obtener este dato se encontraba entre 10.6% y 59%, siendo la media ponderada de 42.1%, mientras que el rango de la prevalencia de los síntomas depresivos moderados a graves se encontraba entre 4.6% y 30.3%, siendo la media ponderada de los 15 estudios que permitían obtener ese dato de 18.6%, y el rango de la prevalencia de los síntomas depresivos graves en los seis estudios que ofrecían ese dato se encontraba entre 0.2% y 14.8%, con una media ponderada de 6.5% (véase la tabla 7).

El rango de la prevalencia de los síntomas leves a graves de ansiedad se encontraba entre 10.7% y 61.2% en los ocho estudios que permitían obtener ese dato, siendo la media ponderada de 23.2%, mientras que el rango de la prevalencia de los síntomas moderados a graves de ansiedad se encontraba entre 6.2% y 25.3%, siendo la media ponderada de los 12 estudios que permitían obtener ese dato de 12.7%, y el rango de la prevalencia de los síntomas de ansiedad graves en los seis estudios que ofrecían ese dato se encontraba entre 2.7% y 14%, con una media ponderada de 4.3% (véase la tabla 7).

La prevalencia de los síntomas leves a graves de estrés postraumático en los tres estudios que permitían calcular esa prevalencia oscilaba entre 48.2% y 86.8%, con una media ponderada de 55.1%, mientras que la prevalencia de los síntomas moderados a graves de estrés postraumático se encontraba entre 15.8% y 52.3%, con una media ponderada de los seis estudios que permitían obtener ese dato de 33.1%, y la prevalencia de los síntomas graves de estrés postraumático en los tres estudios que proporcionaban ese dato oscilaba entre 11.8% y 30.4%, con una media ponderada de 21% (véase la tabla 7).

El rango de la prevalencia de los síntomas leves a graves de estrés en los seis estudios que permitían obtener ese dato se encontraba entre 17.9% y 44.3%, siendo la media ponderada de 33.6%, mientras que el rango de la prevalencia de los síntomas moderados a graves de estrés se encontraba entre 2.6% y 25.6%, siendo la media ponderada de los cinco estudios que permitían obtener esa prevalencia de 21.5%, y el rango de la prevalencia de los síntomas graves de estrés en los tres estudios que ofrecían ese dato se encontraba entre 3.5% y 15.7%, con una media ponderada de 14.4% (véase la tabla 7).

La prevalencia de los síntomas leves a graves de malestar emocional en el único estudio que proporcionaba este dato era 49.2%, mientras que las tasas de prevalencia de los síntomas moderados a graves eran 25% y 34.4% en los dos estudios que ofrecían dichas tasas, con una media ponderada de 29.5%. Finalmente, ninguno de los estudios revisados proporcionaba la prevalencia de los síntomas graves de malestar emocional (véase la tabla 7).

Tabla 7.- Prevalencia media ponderada de la sintomatología emocional en los estudios revisados

Tipo de sintomatología emocional	Síntomas leves-graves		Síntomas moderados-graves		Síntomas graves	
	Nº de estudios	Prevalencia (%)	Nº de estudios	Prevalencia (%)	Nº de estudios	Prevalencia (%)
Depresión	9	42.1	15	18.6	6	6.5
Ansiedad	8	23.2	12	12.7	6	4.3
Estrés postraumático	3	55.1	6	33.1	3	21.0
Estrés	6	33.6	5	21.5	3	14.4
Malestar emocional	1	49.2	2	29.5	0	—

Discusión

En el presente estudio se realizó una primera revisión sistemática de la literatura científica psicológica española centrada en los primeros nueve meses tras la notificación del brote de la COVID-19 en Wuhan (China), el 31 de diciembre de 2019. Esta primera revisión permite concluir que la mayoría de la investigación psicológica española sobre la pandemia de la COVID-19 se ha centrado en evaluar el impacto emocional de la misma.

Dadas las características de la propia pandemia tanto en España como en muchos otros países y dadas las características de las medidas sociales y de salud pública adoptadas por el Gobierno español y por los gobiernos de otros países para su control, era previsible esperar un elevado impacto emocional en la población general. Por tanto, examinar ese impacto, estimarlo cuantitativamente y analizar los factores relacionados con el mismo parece un objetivo científico de máxima utilidad para, por ejemplo, planificar y proporcionar los recursos necesarios para la atención, prevención y tratamiento psicológicos de los síntomas emocionales que pueden desarrollar las personas afectadas directa o indirectamente por la pandemia y por sus consecuencias sanitarias, económicas o sociales. Este interés de la psicología española queda, pues, sobradamente justificado. De hecho, durante la pandemia se han desarrollado en España numerosos recursos psicológicos extraordinarios para atender esos síntomas emocionales — más de 134 según Sánchez-Marqueses et al. (2020), 26 de carácter nacional y 108 de carácter regional—, ya que el Sistema Nacional de Salud español no dispone,

ni siquiera en situaciones de normalidad, de recursos de atención psicológica suficientes para satisfacer las demandas psicológicas de la población española (véase también Berdullas et al., 2021, Liébana et al., 2021, y Chacón-Fuertes et al., 2020, para una descripción más detallada de algunos de esos recursos psicológicos extraordinarios).

No obstante, a pesar de la pertinencia y utilidad de esa investigación sobre el impacto emocional, es importante señalar que el número de ámbitos en el que las diferentes disciplinas de la psicología pueden ser relevantes para afrontar la pandemia de la COVID-19 es muy numeroso. Sin ánimo de ser exhaustivos, la psicología puede contribuir en al menos los siguientes ámbitos: controlar la propagación del coronavirus mediante la adopción de comportamientos de prevención, en particular, el uso de mascarillas o el mantenimiento de la distancia física y del distanciamiento social; mejorar la adherencia de los pacientes sintomáticos o asintomáticos de la COVID-19 a las prescripciones médicas; controlar la expansión de la desinformación, el negacionismo, las pseudoterapias y los movimientos antivacunas; mejorar la adaptación de los profesores y de los estudiantes a la educación no presencial; realizar intervenciones psicosociales con personas que, debido a la crisis económica derivada de la pandemia, se encuentran en situaciones o en riesgo de marginación y exclusión o ven agravadas sus condiciones previas de marginación y exclusión, y mejorar la adaptación de los trabajadores al teletrabajo (García-Vera, 2020). En todos estos ámbitos, la investigación psicológica española prácticamente no ha generado estudios de interés, al menos hasta octubre de 2020.

Dado que la mayoría de la investigación psicológica española sobre la pandemia se ha centrado en evaluar el impacto emocional de la misma, el objetivo de una segunda y más exhaustiva revisión sistemática realizada en el presente estudio y que constituía el objetivo principal del mismo era examinar la prevalencia de la sintomatología emocional en la población española adulta durante la pandemia de la COVID-19, en concreto, la sintomatología depresiva, ansiosa, de estrés postraumático, de estrés y de malestar psicológico.

Teniendo en cuenta que la presencia de síntomas moderados a graves podría ser clínicamente significativa y que la inmensa mayoría de los estudios revisados evaluaron dichos síntomas durante el primer mes después de la declaración del estado de alarma y, por tanto, en el momento más álgido de la primera ola de la pandemia en España en términos del número de fallecidos, hospitalizados o ingresados en las UCI por la COVID-19 así como en pleno confinamiento de la población y durante el despliegue más estricto de las demás medidas sociales y de salud pública implementadas para controlar la pandemia, los resultados de

la presente revisión indican que el 18.6% de la población española adulta sufrió durante ese período síntomas significativos de depresión, el 12.7% síntomas significativos de ansiedad, el 33.1% síntomas significativos de estrés postraumático, el 21.5% síntomas significativos de estrés y el 29.5% síntomas significativos de malestar emocional.

Estos resultados deben valorarse en relación con el número de estudios en los que están basados. Mientras que las tasas de prevalencia de la sintomatología moderada a grave depresiva y ansiosa están basadas en más de 10 estudios, en concreto, en 15 y 12 estudios, respectivamente, las tasas de prevalencia de la sintomatología moderada a grave de estrés postraumático, de estrés o de malestar emocional deben tomarse con muchas precauciones, ya que están basados en solo seis, cinco y dos estudios, respectivamente.

Cuando los resultados obtenidos en el presente estudio con la población general española se comparan con los resultados obtenidos en revisiones previas con la población general de múltiples países, los datos parecen indicar que la pandemia tuvo un impacto emocional distinto en España.

Por ejemplo, respecto a la sintomatología depresiva, en el metaanálisis de Bueno-Notivol et al. (2021), realizado a partir de 12 estudios de seis países distintos, aunque la mayoría de China, se encontró que su prevalencia era de 25%, mientras que en el metaanálisis de Wu et al. (2021), realizado a partir de 17 estudios en múltiples países, se obtuvo una prevalencia aún más elevada, de 31.5%. Sin embargo, en el metaanálisis de Cénat et al. (2021), basado en un mayor número de estudios que los dos anteriores metaanálisis, ya que estaba basado en 28 estudios de siete países, se obtuvo una prevalencia de la depresión de 17%, muy parecida a la obtenida en España en el presente estudio (18.6%).

En relación con la sintomatología ansiosa, en el metaanálisis de Santabábara et al. (2021) se calculaba una prevalencia de 25% a partir de 43 estudios realizados en múltiples países, mientras que en el metaanálisis de Pashazadeh Kan et al. (2021), teniendo en cuenta los datos de 49 estudios de personas sin COVID-19 que no constituían muestras específicas, es decir, que no eran muestras de estudiantes, de trabajadores no sanitarios, de mujeres embarazadas, etc., se encontró una prevalencia aún más elevada, de 30.8%, prácticamente igual a la obtenida en el metaanálisis de Wu et al. (2020) con 18 estudios de la población general y que era de 29.8%. No obstante, los resultados del metaanálisis de Cénat et al. (2021), basados en 31 estudios, son de nuevo más similares a los obtenidos en el presente trabajo, ya que muestran una prevalencia conjunta en siete países de 14.6% frente al 12.7% encontrado en España.

En lo tocante a la sintomatología de estrés postraumático, en el metaanálisis de Salehi et al. (2021) se informaba de una prevalencia de 12% a partir de 12 estudios realizados con muestras de participantes de la población general de cinco países. Esta tasa de prevalencia era mucho menor que la encontrada en este estudio a partir de seis estudios con muestras de participantes de la población general española (33.1%).

¿Cómo explicar estas discrepancias? Aunque no es posible descartar que la respuesta de la población general española a la COVID-19 haya sido diferente a la mostrada por la población general de otros países, existen explicaciones alternativas que pueden dar cuenta de esas discrepancias o, al menos, complementar su explicación. En el caso de la sintomatología depresiva y ansiosa, un examen de los metaanálisis previos de Bueno-Notivol et al. (2021), Pashazadeh Kan et al. (2021), Santabárbara et al. (2021) y Wu et al. (2021) permiten constatar que en estas revisiones no se analizaron de forma separada la prevalencia de la sintomatología moderada a grave y la prevalencia de la sintomatología leve a grave, tal como sí se ha hecho en el presente estudio. Esos metaanálisis, por tanto, combinan los datos de prevalencia de ambos rangos de gravedad sintomatológica y, en consecuencia, elevan la prevalencia de la depresión y de la ansiedad al incluir las personas que muestran síntomas leves, los cuales, sin información adicional sobre el grado de disfuncionalidad que producen, no suelen considerarse significativos desde un punto de vista clínico.

En el caso de la sintomatología de estrés postraumático, la discrepancia posiblemente tenga que ver con el hecho de que, en el metaanálisis de Salehi et al. (2021), seis de los 11 estudios que ofrecieron datos sobre la prevalencia del estrés postraumático en la población general utilizaron la Lista de Verificación para el Trastorno de Estrés Postraumático o PCL (PTSD Checklist; Weathers et al., 1993) o alguna de sus versiones (la PCL-5), mientras que en el resto de estudios utilizaron el IES-R. Además, en dicho metaanálisis se encontró una tendencia casi significativa a obtener tasas de prevalencia del estrés postraumático más bajas con la PCL o PCL-5 que con el IES-R (8% vs. 18%; Salehi et al., 2021, Suplemento 2). En este sentido, es importante recordar que en prácticamente todos los estudios realizados en España y revisados en el presente trabajo se utilizó el IES-R para medir la sintomatología de estrés postraumático y, por tanto, sería previsible que se obtuvieran tasas de prevalencia mayores que en el metaanálisis de Salehi et al. (2021). No obstante, es importante subrayar que, incluso teniendo en cuenta solo los estudios realizados con el IES-R, la tasa de prevalencia del estrés postraumático en el metaanálisis de Salehi et al. (2021) fue menor que la obtenida en el presente estudio con población general española (18% vs. 33%).

En resumen, las posibles diferencias entre España y otros países del mundo respecto a la prevalencia de la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés post-traumático durante la pandemia de COVID-19 es quizá, en parte, un artefacto de mezclar en metaanálisis previos datos referentes a distintos niveles de gravedad de dicha sintomatología y datos procedentes de distintos instrumentos con diferente sensibilidad para detectar personas con niveles moderados-graves de sintomatología emocional. Futuras investigaciones deberán depurar esos datos para hacer comparaciones más adecuadas.

Una pregunta importante que plantea los resultados de la presente revisión es si la prevalencia de la sintomatología emocional en la población general española fue más elevada durante la pandemia de la COVID-19 que antes de la pandemia. En algunas revisiones metaanalíticas previas (Cénat et al., 2021; Santabárbara et al., 2021; Salehi et al., 2021; Wu et al., 2020), esta pregunta, aunque referida a la prevalencia en la población general mundial, se ha resuelto comparando las tasas de prevalencia de la sintomatología de ansiedad, depresión o estrés post-traumático durante la COVID-19 con la obtenida en los estudios epidemiológicos de referencia sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad, depresivos o de estrés postraumático. Sin embargo, estas comparaciones no son adecuadas, ya que se comparan dos constructos psicopatológicos distintos —síndromes vs. trastornos— medidos con dos instrumentos distintos —escalas, cuestionarios o inventarios breves de cribado vs. entrevistas diagnósticas estructuradas o semiestructuradas— que suelen arrojar resultados diferentes, de manera que las escalas, cuestionarios o inventarios breves de autoinforme que evalúan la presencia y gravedad de síntomas ansiosos, depresivos o de estrés postraumático y que han sido utilizadas mayoritariamente en los estudios sobre el impacto emocional de la pandemia de la COVID-19 suelen sobreestimar la presencia de trastornos de ansiedad, depresivos o de estrés postraumático (Levis et al., 2019).

Afortunadamente, para comparar los resultados del presente estudio, al menos en lo que concierne a la depresión, se cuenta con los datos de la Encuesta Europea de Salud en España (EESE; Instituto Nacional de Estadística, 2022a), la cual utiliza el PHQ-8 para evaluar la sintomatología depresiva, una versión del PHQ-9 que precisamente fue el instrumento más utilizado en los estudios revisados en este trabajo. La EESE, además, se aplica a una muestra de participantes obtenida a través de un procedimiento probabilístico representativo de la población general adulta española (personas de 15 y más años residentes en vivienda familiar principal). Los resultados de la EESE de 2014, aplicada desde enero de 2014 a enero de 2015, indican que el 15.61% de la población española presentaba en ese período síntomas depresivos leves a graves, el 5.9% síntomas moderados a graves y el 1.06% síntomas graves. Comparando estas tasas de prevalencia con

las obtenidas en la presente revisión, se puede concluir que la pandemia de la COVID-19 ha multiplicado por tres la prevalencia de los síntomas depresivos clínicamente significativos (moderados a graves) en la población general adulta española (18.6% vs. 5.9%).

Sin embargo, es curioso que la EESE de 2020, que se aplicó desde julio de 2019 a julio de 2020, y que, por tanto, se aplicó en parte durante la primera ola de la pandemia de la COVID-19, arrojó resultados semejantes a la de la EESE de 2014, como si la pandemia de la COVID-19 no hubiera tenido ningún efecto, ya que se obtuvo que el 12.74% de la población española presentaba síntomas depresivos leves a graves, el 4.28% síntomas moderados a graves y el 0.58% síntomas graves (Instituto Nacional de Estadística, 2022b). Es más, cuando se analizaron los datos de la EESE de 2020 aplicada justo antes de la pandemia y los de la EESE de 2020 aplicada durante la pandemia, se observó que aunque tres síntomas depresivos aumentaron durante la pandemia (poco interés o alegría, sensación de estar decaído o deprimido y problemas para dormir), otros dos disminuyeron durante la pandemia (sensación de cansancio y sentirse mal con uno mismo) (Instituto Nacional de Estadística, 2021). Curiosamente, además, el aumento de los tres síntomas depresivos al principio de la pandemia fue más notable en el grupo de menor edad (de 15 a 44 años).

Por tanto, los resultados de la EESE de 2020 pueden estar apuntando a una de las limitaciones más importantes de los estudios revisados en este trabajo y, por ende, a una de las limitaciones más importantes de los resultados de la presente revisión. Mientras que en la EESE se utiliza un muestreo probabilístico representativo de la población general y se aplican los instrumentos telefónicamente, en prácticamente todos los estudios recogidos en esta revisión se utilizó un muestreo no probabilístico mediante el método de bola de nieve y se aplicaron los instrumentos por internet. Estos últimos procedimientos son más simples y económicos y, por esa razón, son utilizados con mucha frecuencia, pero, además, sus ventajas se vieron incrementadas durante la pandemia por las restricciones que imponía el confinamiento de la población. Sin embargo, sus limitaciones son también importantes, ya que tienen dificultades para obtener una muestra representativa de la población que, además, no esté sesgada por la exclusión de las personas sin acceso a internet y por la autoselección de aquellas personas que están más dispuestas o interesadas en el tema del estudio (Arroyo Menéndez y Finkel, 2019).

De hecho, cabe la posibilidad de que alguno de estos sesgos estuviera presente en los estudios recogidos en esta revisión dada la edad media de las muestras de adultos que participaron en dichos estudios. Esta edad media oscilaba entre

31.6 y 47 años, cuando la edad media de la población adulta española en enero de 2020, calculada a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística de España (2022c), es 50.4 años. Esta diferencia podría reflejar ese sesgo reconocido de los estudios realizados por internet, ya que, precisamente entre las personas ancianas, existe un menor número de usuarios de internet. Por otro lado, el sesgo de autoselección podría implicar que las personas que experimentan más síntomas emocionales podrían estar más dispuestas o interesadas en completar un cuestionario precisamente sobre síntomas emocionales, lo que elevaría espuriamente la prevalencia de los síntomas emocionales. De hecho, el único estudio recogido en esta revisión que utilizó un muestreo probabilístico representativo de la población general española y aplicó el PHQ-8 telefónicamente, es decir, el único estudio que utilizó los mismos procedimientos que la EESE, encontró una tasa de prevalencia de los síntomas depresivos moderados a graves notablemente menor que la prevalencia media encontrada en la presente revisión (11.6% vs. 18.6%), aunque todavía mayor, en concreto, el doble que la encontrada en la EESE de 2014 o de 2020 (11.6% vs. 5.9% o 4.3%).

En resumen, los resultados de la presente revisión indican que, durante la primera ola de la COVID-19, hubo un aumento notable en la prevalencia de síntomas emocionales significativos (moderados a graves) en la población general adulta española, aunque las tasas actualmente disponibles posiblemente sobreestiman ese aumento y, en cualquier caso, son más sólidas respecto al aumento en los síntomas depresivos y de ansiedad.

Referencias

- Albornoz, M., Barrere, R., Osorio, L., y Sokil, J. (2020). La respuesta de la ciencia ante la crisis del Covid-19. En Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología Iberoamericana e Interamericana (Ed.), *El estado de la ciencia. Principales indicadores de ciencia y tecnología iberoamericanos/interamericanos 2020*. OEI y UNESCO.
- Arroyo Menéndez, M., y Finkel, L. (2019). Encuestas por Internet y nuevos procedimientos muestrales. *Panorama Social*, 30, 41-53.
- Beaglehole, B., Mulder, R. T., Frampton, C. M., Boden, J. M., Newton-Howes, G., y Bell, C. J. (2018). Psychological distress and psychiatric disorder after natural disasters: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 716-722. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.2018.210>
- Berdullas Saunders, S., Morán Rodríguez, N., Gesteira Santos, C., Fernández Hermida, J. R., Santolaya, F., Sanz Fernández, J., y García-Vera, M. P. (2021). El teléfono de asistencia psicológica por la COVID-19 del Ministerio de Sanidad y el Consejo General de la Psicología de España (COP). En S. Liébana, P. Altungy, S. Berdullas, P. Díez, J. Linares, P. Martín-Barrajón, J. R. Fernández-Hermida, F. Santolaya, F. Chacón y M. P. García-Vera (Eds.), *Servicio de Primera Ayuda Psicológica Telefónica (SPAP) durante la COVID-19* (pp. 11-21). Consejo General de la Psicología de España. <https://www.cop.es/LIBRO-SPAP2021.pdf>
- Bueno-Notivol, J., Gracia-García, P., Olaya, B., Lasheras, I., López-Antón, R., y Santabárbara, J. (2021). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of communi-

- ty-based studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(1), 11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.007>
- Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C., Noorishad, P., Mukunzi, J. N., McIntee, S., Dalexis, R. D., Goulet, M., y Labelle, R. P. (2021). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 295, 17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113599>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *COVID Data Tracker. New hospital admissions*. <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#new-hospital-admissions>
- Chacón-Fuertes, F., Fernández-Hermida, J. R., y García-Vera, M. P. (2020). La psicología ante la pandemia de la COVID-19 en España. La respuesta de la organización colegial. *Clínica y Salud*, 31(2), 119-123. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a18>
- Dai, W., Chen, L., Lai, Z., Li, Y., Wang, J., y Liu, A. (2016). The incidence of post-traumatic stress disorder among survivors after earthquakes: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 16, 11. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-0891-9>
- Endler, N. S., Cox, B. J., Parker, J. D., y Bagby, R. M. (1992). Self-reports of depression and state-trait anxiety: Evidence for differential assessment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(5), 832-838. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.63.5.832>
- Faris, L. H., Gabarrell-Pascuet, A., Felez-Nobrega, M., Cristóbal-Narváez, P., Mortier, P., Vilagut, G., Olaya, B., Alonso, J., Haro, J. M., López-Carrilero, R., y Domènech-Abella, J. (2021). The association between substance use disorder and depression during the covid-19 lockdown in Spain and the moderating role of social support: A cross-sectional study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 27. <http://dx.doi.org/10.1007/s11469-021-00651-7>
- Fullana, M. A., Hidalgo-Mazzei, D., Vieta, E., y Radua, J. (2020). Coping behaviors associated with decreased anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Journal of Affective Disorders*, 275, 80-81. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.027>
- García-Álvarez, L., de la Fuente-Tomás, L., García-Portilla, M. P., Sáiz, P. A., Lacasa, C. M., Dal Santo, F., González-Blanco, L., Bobes-Bascarán, M. T., Valtueña García, M., Álvarez Vázquez, C., Velasco Iglesias, A., Martínez Cao, C., García Fernández, A., Bascarán-Fernández, M. T., Portilla Fernández, A., Rodríguez Revuelta, J., Seijo Zazo, E., Zurrón Madera, P., Suárez Álvarez, M.,... y Bobes, J. (2020). Early psychological impact of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) pandemic and lockdown in a large Spanish sample. *Journal of Global Health*, 10(2). <http://dx.doi.org/10.7189/jogh.10.020505>
- García-Dantas, A., Justo-Alonso, A., González-Vázquez, A., Sánchez-Martín, M., y del Río-Casanova, L. (2021). Immediate psychological response during the very early stage of the Coronavirus Pandemic (COVID-19) in a Spanish community sample. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 49(4), 180-193.
- García-Vera, M. P. (2020). *La psicología en tiempo de pandemia: ¿Estamos siendo relevantes?* Discurso de ingreso en la Academia de Psicología de España. <http://www.academiapsicologia.es>
- García-Vera, M. P., Sanz, J., y Sanz-García, A. (2021). Ten things every psychologist should know about treating psychological disorders in victims of terrorism. *Psicothema*, 33(2), 177-187. <http://doi.org/10.7334/psicothema2021.33>
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. Á., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., y Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 172-176. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
- Günther-Bel, C., Vilaregut, A., Carratala, E., Torras-Garat, S., y Pérez-Testor, C. (2020). A mixed-method study of individual, couple, and parental functioning during the state-regulated covid-19 lockdown in Spain. *Family Process*, 59(3), 1060-1079. <http://dx.doi.org/10.1111/famp.12585>

- Instituto Nacional de Estadística. (2021). La salud mental en la pandemia. *Cifras INE: Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística*, 1. <https://ine.es>
- Instituto Nacional de Estadística. (2022a). *Encuesta Europea de Salud 2014. Estado de salud: Cifras relativas. Salud mental. Severidad de la sintomatología depresiva según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años*. <https://ine.es>
- Instituto Nacional de Estadística. (2022b). *Encuesta Europea de Salud 2020. Estado de salud: Cifras relativas. Salud mental. Severidad de la sintomatología depresiva según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años*. <https://ine.es>
- Instituto Nacional de Estadística. (2022c). *Población residente por fecha, sexo y edad. Resultados por provincias. Principales series desde 1971*. <https://ine.es>
- Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. (2022). *COVID-19 Global Map*. Johns Hopkins University & Medicine. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Kennedy, B. L., Schwab, J. J., Morris, R. L., y Beldia, G. (2001). Assessment of state and trait anxiety in subjects with anxiety and depressive disorders. *Psychiatric Quarterly*, 72(3), 263-276. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1010305200087>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Levis, B., Yan, X. W., He, C., Sun, Y., Benedetti, A., y Thombs, B. D. (2019). Comparison of depression prevalence estimates in meta-analyses based on screening tools and rating scales versus diagnostic interviews: A meta-research review. *BMC Medicine*, 17, 65. <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-019-1297-6>
- Luteijn, F., y Bouman, T. K. (1988). The concepts of depression, anxiety, and neuroticism in questionnaires. *European Journal of Personality*, 2(2), 113-120. <http://dx.doi.org/10.1002/per.2410020206>
- Liébana, S., Altungy, P., Berdullas, S., Díez, P., Linares, J., Martín-Barrajón, P., Fernández-Hermida, J. R., Santolaya, F., Chacón, F., y García-Vera, M. P. (Eds.). (2021). *Servicio de Primera Ayuda Psicológica telefónica (SPAP) durante la COVID-19*. Consejo General de la Psicología de España. <https://www.cop.es/LIBRO-SPAP2021.pdf>
- Lovibond, S. H., y Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales (2.ª ed.)*. Psychology Foundation.
- Méndez-Giménez, A., Cecchini, J. A., Fernández-Río, J., y Carriedo, A. (2021). Physical activity and prevention of depressive symptoms in the Spanish population during confinement due to COVID-19. *Psicothema*, 33(1), 111-117. <http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2020.294>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., y PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed1000097>
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Schmitz, F., Cabello, R., y Fernández-Berrocal, P. (2020). Emotional distress and associated sociodemographic risk factors during the COVID-19 outbreak in Spain. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.05.30.20117457>
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., y Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65(3), 207-239. <http://dx.doi.org/10.1521/psyc.65.3.207.20173>
- Odrizola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Irujo, M. J., y de Luis-García, R. (2022). Psychological symptoms of the outbreak of the COVID-19 confinement in Spain. *Journal of Health Psychology*, 27(4), 825-835. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113108>
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., y Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saude Publica*, 36(4), e00054020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00054020>

- Papandreou, C., Arija, V., Aretouli, E., Tsilidis, K. K., y Bulló, M. (2020). Comparing eating behaviours, and symptoms of depression and anxiety between Spain and Greece during the covid-19 outbreak: Cross-sectional analysis of two different confinement strategies. *European Eating Disorders Review*, 28, 836-846. <http://dx.doi.org/10.1002/erv.2772>
- Pashazadeh Kan, F., Raoofi, S., Rafiei, S., Khani, S., Hosseinifard, H., Tajik, F., Raoofi, N., Ahmadi, S., Aghalou, S., Torabi, F., Dehnad, A., Rezaei, S., Hosseinipalangi, Z., y Ghashghaee, A. (2021). A systematic review of the prevalence of anxiety among the general population during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 293, 391-398. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.073>
- Pérez, S., Masegoso, A., y Hernández-Espeso, N. (2021). Levels and variables associated with psychological distress during confinement due to the coronavirus pandemic in a community sample of Spanish adults. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28, 606-614. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.2523>
- Planchuelo-Gómez, Á., Odriozola-González, P., Irurtia, M. J., y de Luis-García, R. (2020). Longitudinal evaluation of the psychological impact of the COVID-19 crisis in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 277, 842-849. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.018>
- Ritchie, H., Mathieu, E., Rodés-Guirao, L., Appel, C., Giattino, C., Ortiz-Ospina, E., Hasell, J., Macdonald, B., Beltekian, D., y Roser, M. (2020). *Coronavirus Pandemic (COVID-19)* [Recurso en línea]. <https://ourworldindata.org/coronavirus>
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., y Collado, S. (2020). Psychological impact and associated factors during the initial stage of the coronavirus (COVID-19) pandemic among the general population in Spain. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01540>
- Romero-Rivas, C., y Rodríguez-Cuadrado, S. (2021). The psychological impact of the COVID-19 pandemic affected decision-making processes. *The Spanish Journal of Psychology*, 24, e16. <http://dx.doi.org/10.1017/SJP.2021.14>
- Salehi, M., Amanat, M., Mohammadi, M., Salmanian, M., Rezaei, N., Saghaadeh, A., y Garakani, A. (2021). The prevalence of post-traumatic stress disorder related symptoms in Coronavirus outbreaks: A systematic-review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 282, 527-538. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.188>
- Sánchez-Marqueses, J. M., García de Marina Martín-Mateos, A., Sanz, J., Morán, N., Berdullas, S., Fernández-Hermida, J. R., y García-Vera, M. P. (2020). Respuesta de la psicología española ante la COVID-19. En L. Peirone (Ed.), *Nuovo coronavirus e resilienza. Strategie contro un nemico invisibile* (pp. 363-381). Anthropos. <https://www.nuovocoronavirus-ebook.com/>
- Santabábara, J., Lasheras, I., Lipnicki, D. M., Bueno-Notivol, J., Pérez-Moreno, M., López-Antón, R., De la Cámara, C., Lobo, A., y Gracia-García, P. (2021). Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 109, 14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpb.2020.110207>
- Soto-Sanz, V., Falcó, R., Marzo, J. C., Piqueras, J. A., Lopez-Nuñez, A., Martínez-González, A. E., Mateu, O., Moreno-Amador, B., Pineda, D., Rivera-Riquelme, M., Rodríguez-Jiménez, T., y Vidal-Arenas, V. (2021). Socio-emotional strengths against psychopathology and suicidal ideation in fear of covid-19. *Current Psychology*. <http://dx.doi.org/10.1007/s12144-021-02185-6>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (2008). *STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., y Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics. Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing.
- Valiente, C., Contreras, A., Peinado, V., Trucharte, A., Martínez, A. P., y Vázquez, C. (2021a). Psychological adjustment in Spain during the COVID-19 pandemic: Positive and negative mental health

- outcomes in the general population. *The Spanish Journal of Psychology*, 24, 13. <http://dx.doi.org/10.1017/SJP.2021.7>
- Valiente, C., Vázquez, C., Contreras, A., Peinado, V., y Trucharte, A. (2021b). A symptom-based definition of resilience in times of pandemics: Patterns of psychological responses over time and their predictors. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <http://dx.doi.org/10.1080/20008198.2020.1871555>
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., y Keane, T. M. (1993). The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility. Comunicación presentada en la 9ª Conferencia Anual de la International Society for Traumatic Stress Studies, 24-27 de octubre, San Antonio, Texas.
- Weiss, D. S., y Marmar, Ch. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. En J. P. Wilson y T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). The Guilford Press.
- Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., y Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 91-98. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>

SUPLEMENTO

La Investigación Psicológica de la Pandemia de la COVID-19 en España: Una Revisión Sistemática del Impacto de la Pandemia sobre la Salud Emocional en la Población General Adulta

SUPPLEMENT

The Psychological Research on the COVID-19 Pandemic in Spain: A Systematic Review of the Impact of the Pandemic on Emotional Health in the General Adult Population

**María Paz García-Vera, José M. S. Marqueses, Andrea García de Marina,
Noelia Morán y Jesús Sanz**

Universidad Complutense de Madrid

Tabla 2.- Estudios sobre la prevalencia de la depresión durante la pandemia de la COVID-19 en la población general de España

Referencia	Muestra de participantes				Diseño	Recogida de datos	Fecha de evaluación	Instrumento	Prevalencia
	Tamaño	Cobertura	Edad media	% de mujeres					
Faris et al. (2021)	3500	Nacional	—	56.1	Transversal	Telefónica y aleatoria	(2) 1 de mayo a 1 de junio de 2020	PHQ-8	L-G= n. i. M-G= 11.6 G = n. i.
Fullana et al. (2020)	4399	Nacional	47.0	73.0	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 28 a n. i. de marzo de 2020	PHQ-9	L-G= 44.0 M-G= 15.0 G =6.0
García-Álvarez et al. (2020)	21207	Nacional	39.7	69.6	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 19 a 26 de marzo de 2020	Escala de depresión de la DASS-21 ^a	L-G =46.7 M-G =18.7 G =6.2
García-Dantas et al. (2021)	3524	Nacional	39.2	74.2	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 23 a 28 de marzo de 2020	Escala de depresión de la DASS-21 ^b	L-G = 10.6 M-G= 5.3 G= 0.2
González-Sanguino et al. (2020)	3473	Nacional	37.9	75.0	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 21 a 29 de marzo de 2020	PHQ-2	L-G= n. i. M-G= 18.7 G = n. i.
Günther-Bel et al. (2020)	407	Nacional	42.7	77.0	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 24 de marzo a 7 de abril de 2020	BDI-II	L-G =13.4 M-G=4.6 G = n. i.
Méndez-Giménez et al. (2021)	4811	Nacional	Mujeres: 43.2 Varones: 40.5	61.4	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 19 de marzo a 18 de abril de 2020	Escala de depresión de Kandel y Davies ^c	L-G = n. i. M-G= 16.4 G = n. i.
Muñoz-Navarro et al. (2020)	1753	Nacional	—	76.8	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 26 de marzo a 25 de abril de 2020	PHQ-9	L-G= 59.0 M-G= 22.8 G = 9.9
Odriozola-González et al. (2022; Planchuelo-Gómez et al., 2020, survey 1)	3550	Nacional	32.1	64.9	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 28 de marzo a 4 de abril de 2020	Escala de depresión de la DASS-21	L-G =44.1 ^d M-G= 30.3 G = n. i.

Referencia	Muestra de participantes				Diseño	Recogida de datos	Fecha de evaluación	Instrumento	Prevalencia
	Tamaño	Cobertura	Edad media	% de mujeres					
Ozamiz-Etxebarria et al. (2020)	976	Regional	—	81.1	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 11 a 15 de marzo de 2020	Escala de depresión de la DASS-21	Varones: L-G = 17.3 M-G = 8.6 G = 4.6 Mujeres: L-G = 21.0 M-G = 12.4 G = 5.3
Papandreu et al. (2020)	1002	Nacional	46.1	70.3	Transversal	Por internet y bola de nieve	(2) 23 de abril a 18 de mayo de 2020	PHQ-9	L-G = n. i. M-G = 13.6 G = n. i.
Pérez et al. (2020)	1781	Nacional	35.2	77.8	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 1 a 17 de abril de 2020	Subescala de depresión del BSI-18 ^e	L-G = n. i. M-G = 29.1 G = n. i.
Planchuelo-Gómez et al. (2020)	1056 (M1 y M2) ^f	Nacional	35.3	67.6	Longitudinal	Por internet y bola de nieve	(1) 1 a 15 de marzo de 2020 (M1) (2) 28 de abril a 15 de mayo de 2020 (M2)	Escala de depresión de la DASS-21	M1: L-G = 44.4 M-G = n. i. G = n. i. M2: L-G = 46.9 M-G = n. i. G = n. i.
Rodríguez-Rey et al. (2020)	3055	Nacional	32.1	75.1	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 17 a 24 de marzo de 2020	Escala de depresión de la DASS-21	L-G = 40.9 M-G = 29.6 G = 14.8
Soto-Sanz et al. (2021)	595	Nacional	37.2	72.4	Transversal	Por internet y bola de nieve	(2) 21 de abril a 21 de junio de 2020	PHQ-4	L-G = n. i. M-G = 24.0 G = n. i.
Valiente et al. (2021a)	1951	Nacional	45.2	47.1	Transversal	Por internet y panel	(1) 8 a 13 de abril de 2020	PHQ-9	L-G = n. i. M-G = 22.1 G = n. i.

Nota. (1) Primer mes, aproximadamente, después de declararse el estado de alarma en España. (2) Segundo mes o más, aproximadamente, después de declararse el estado de alarma en España. L-G: sintomatología depresiva de leve a grave; M-G: sintomatología depresiva de moderada a grave; G: sintomatología depresiva grave; n. i.: no se informa en el estudio. ^aLos autores del estudio utilizaron unas opciones de respuesta (sí/no) distintas a las del instrumento original (escalas Likert de 0 a 3). ^bLos autores del estudio multiplicaron por dos las puntuaciones y los puntos de corte para comparar sus resultados con los obtenidos con la DAS-42. ^cLos autores utilizaron una puntuación de corte para identificar un nivel "considerable" (notable) de depresión que se corresponde con el percentil 85 en el estudio de Choi et al. (1997) y que, en el presente estudio, se ha considerado equivalente a un nivel moderado de depresión. ^dEn la versión definitiva del artículo solo se informaba de los datos correspondientes a los niveles moderado-grave de síntomas, pero en una versión previa (<https://psyarxiv.com/mq4fg/>) aparecen los referentes a los niveles leve-grave. ^ePara identificar niveles clínicamente significativos de depresión, los autores utilizaron una puntuación T de 63, que es la que se suele utilizar en el BSI-18 para identificar niveles clínicamente significativos de malestar psicológico; esta puntuación se corresponde con el percentil 90 y, en el presente estudio, se ha considerado equivalente a un nivel moderado de sintomatología de depresiva. ^fMuestra de participantes que completaron la encuesta en los dos momentos (M1 y M2).

Tabla 3.- Estudios sobre la prevalencia de la ansiedad durante la pandemia de la COVID-19 en la población general adulta de España

Referencia	Muestra de participantes				Diseño	Recogida de datos	Fecha de evaluación	Instrumento de evaluación	Prevalencia (%)
	Tamaño	Cobertura	Edad media	% de mujeres					
Fullana et al. (2020)	4399	Nacional	47.0	73.0	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 28 a n. i. de marzo de 2020	GAD-7	L-G = 54.0 M-G = 15.0 G = 4.0
García-Álvarez et al. (2020)	21207	Nacional	39.7	69.6	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 19 a 26 de marzo de 2020	DASS-21 ^a	L-G = 10.7 M-G = 6.2 G = 3.0
García-Dantas et al. (2021)	3524	Nacional	39.2	74.2	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 23 a 28 de marzo de 2020	DASS-21 ^b	L-G = 21.6 M-G = 10.8 G = 2.7
González-Sanguino et al. (2020)	3473	Nacional	37.9	75.0	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 21 a 29 de marzo de 2020	GAD-2	L-G = n. i. M-G = 21.6 G = n. i.
Muñoz-Navarro et al. (2020)	1753	Nacional	NI	76.8	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 26 de marzo a 25 de abril de 2020	GAD-7	L-G = 61.2 M-G = 20.8 G = 6.5
Odriozola-González et al. (2022; Planchuelo-Gómez et al., 2020, survey 1)	3550	Nacional	32.1	64.9	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 28 de marzo a 4 de abril de 2020	DASS-21	L-G = 32.5 ^c M-G = 19.9 G = n. i.
Ozamiz-Etxebarria et al. (2020)	976	Regional	—	81.1	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 11 a 15 de marzo de 2020	DASS-21	Varones: L-G = 13.9 M-G = 9.9 G = 4.7 Mujeres: L-G = 25.9 M-G = 18.9 G = 6.9
Papandreu et al. (2020)	1002	Nacional	46.1	70.3	Transversal	Por internet y bola de nieve	(2) 23 de abril a 18 de mayo de 2020	GAD-7	L-G = n. i. M-G = 12.3 G = n. i.
Pérez et al. (2020)	1781	Nacional	35.2	77.8	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 1 a 17 de abril de 2020	Subescala de ansiedad del BSI-18 ^d	L-G = n. i. M-G = 15.8 G = n. i.

Referencia	Muestra de participantes				Diseño	Recogida de datos	Fecha de evaluación	Instrumento de evaluación	Prevalencia (%)
	Tamaño	Cobertura	Edad media	% de mujeres					
Planchuelo-Gómez et al. (2020)	1056 (M1 y M2) ^e	Nacional	35.3	67.6	Longitudinal	Por internet y bola de nieve	(1) 1 a 15 de marzo de 2020 (M1) (2) 28 de abril a 15 de mayo de 2020 (M2)	DASS-21	M1: L-G = 34.0 M-G = n. i. G = n. i. M2: L-G = 37.0 M-G = n. i. G = n. i.
Rodríguez-Rey et al. (2020)	3055	Nacional	32.1	75.1	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 17 a 24 de marzo de 2020	DASS-21	L-G = 30.6 M-G = 25.3 G = 14.0
Soto-Sanz et al. (2021)	595	Nacional	37.2	72.4	Transversal	Por internet y bola de nieve	(2) 21 de abril a 21 de junio de 2020	GAD-2 del PHQ-4	L-G = n. i. M-G = 19.3 G = n. i.
Valiente et al. (2021a)	1951	Nacional	45.2	47.1	Transversal	Por internet y panel	(1) 8 a 13 de abril de 2020	GAD-7	L-G = n. i. M-G = 19.6 G = n. i.

Nota. (1) Primer mes, aproximadamente, después de declararse el estado de alarma en España. (2) Segundo mes o más, aproximadamente, después de declararse el estado de alarma en España. L-G: sintomatología de ansiedad de leve a grave; M-G: sintomatología de ansiedad de moderada a grave; G: sintomatología de ansiedad grave; n. i.: no se informa en el estudio. ^aLos autores del estudio utilizaron unas opciones de respuesta (sí/no) distintas a las del instrumento original (escalas Likert de 0 a 3). ^bLos autores del estudio multiplicaron por dos las puntuaciones y los puntos de corte para comparar los resultados con los obtenidos con la DAS-42. ^cEn la versión definitiva del artículo solo se informaba de los datos correspondientes a los niveles moderado-grave de síntomas, pero en una versión previa (<https://psyarxiv.com/mq4fg/>) aparecen los referentes a los niveles leve-grave. ^dPara identificar niveles clínicamente significativos de ansiedad, los autores utilizaron una puntuación T de 63, que es la que se suele utilizar en el BSI-18 para identificar niveles clínicamente significativos de malestar psicológico; esta puntuación se corresponde con el percentil 90 y, en el presente estudio, se ha considerado equivalente a un nivel moderado de sintomatología de ansiedad.

Tabla 4.- Estudios sobre la prevalencia del estrés postraumático durante la pandemia de la COVID-19 en la población general adulta de España

Referencia	Muestra de participantes				Diseño	Recogida de datos	Fecha de evaluación	Instrumento	Prevalencia (%)
	Tamaño	Cobertura	Edad media	% de mujeres					
García-Álvarez et al. (2020)	21207	Nacional	39.7	69.6	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 19 a 26 de marzo de 2020	IES	Intrusión: L-G = n. i. M-G = 23.6 G = n. i. Evitación: L-G = n. i. M-G = 44.3 G = n. i.
García-Dantas et al. (2021)	3524	Nacional	39.2	74.2	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 23 a 28 de marzo de 2020	IES-R	L-G = 48.2 M-G = 24.1 G = 16.0
González-Sanguino et al. (2020)	3473	Nacional	37.9	75.0	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 21 a 29 de marzo de 2020	PCL-C-2	L-G = n. i. M-G = 15.8 G = n. i.
Odriozola-González et al. (2022; Planchuelo-Gómez et al., 2020, survey 1)	3550	Nacional	32.1	64.9	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 28 de marzo a 4 de abril de 2020	IES-R	L-G = n. i. M-G = 47.5 G = n. i.
Planchuelo-Gómez et al. (2020)	1174 (M1 y M2) ^a	Nacional	35.3	67.6	Longitudinal	Por internet y bola de nieve	(1) 1 a 15 de marzo de 2020 (M1) (2) 28 de abril a 15 de mayo de 2020 (M2)	IES-R	M1: L-G = n. i. M-G = n. i. G = n. i. M2: L-G = 86.8 M-G = n. i. G = 11.8
Rodríguez-Rey et al. (2020)	3055	Nacional	32.1	75.1	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 17 a 24 de marzo de 2020	IES-R	L-G = 51.0 M-G = 36.6 G = 30.4
Romero-Rivas y Rodríguez-Cuadrado (2021)	641	Nacional	31.6	74.1	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 25 de marzo a 5 de abril 2020	IES-R	L-G = n. i. M-G = 52.3 G = n. i.

Nota. (1) Primer mes, aproximadamente, después de declararse el estado de alarma en España. (2) Segundo mes o más, aproximadamente, después de declararse el estado de alarma en España. L-G: sintomatología de estrés postraumático de leve a grave; M-G: sintomatología de estrés postraumático de moderada a grave; G: sintomatología de estrés postraumático grave; n. i.: no se informa en el estudio. ^aMuestra de participantes que completaron la encuesta en el segundo momento de evaluación (M2).

Tabla 5.- Estudios sobre la prevalencia del estrés durante la pandemia de la COVID-19 en la población general adulta de España

Referencia	Muestra de participantes				Diseño	Recogida de datos	Fecha de evaluación	Instrumento	Prevalencia
	Tamaño	Cobertura	Edad media	% de mujeres					
García-Álvarez et al. (2020)	21207	Nacional	39.7	69.6	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 19 a 26 de marzo de 2020	DASS-21 ^a	L-G = 33.2 M-G = 24.3 G = 15.7
García-Dantas et al. (2021)	3524	Nacional	39.2	74.2	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 23 a 28 de marzo de 2020	DASS-21 ^b	L-G = 25.6 M-G = 2.6 G = n. i.
Odriozola-González et al. (2022; Planchuelo-Gómez et al., 2020, survey 1)	3550	Nacional	32.1	64.9	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 28 de marzo a 4 de abril de 2020	DASS-21	L-G = 37.0 ^c M-G = 25.6 G = n. i.
Ozamiz-Etxebarria et al. (2020)	976	Regional	—	81.1	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 11 a 15 de marzo de 2020	DASS-21	Varones: L-G = 17.9 M-G = 8.7 G = 3.5 Mujeres: L-G = 22.2 M-G = 13.3 G = 4.3
Planchuelo-Gómez et al. (2020)	1056 (M1 y M2) ^e	Nacional	35.3	67.6	Longitudinal	Por internet y bola de nieve	(1) 1 a 15 de marzo de 2020 (M1) (2) 28 de abril a 15 de mayo de 2020 (M2)	DASS-21	M1: L-G = 39.3 M-G = n. i. G = n. i. M2: L-G = 49.3 M-G = n. i. G = n. i.
Rodríguez-Rey et al. (2020)	3055	Nacional	32.1	75.1	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 17 a 24 de marzo de 2020	DASS-21	L-G = 42.0 M-G = 22.4 G = 9.0

Nota. (1) Primer mes, aproximadamente, después de declararse el estado de alarma en España. (2) Segundo mes o más, aproximadamente, después de declararse el estado de alarma en España. L-G: sintomatología de estrés de leve a grave; M-G: sintomatología de estrés de moderada a grave; G: sintomatología de estrés grave; n. i.: no se informa en el estudio. ^aLos autores del estudio utilizaron unas opciones de respuesta (sí/no) distintas a las del instrumento original (escalas Likert de 0 a 3). ^bLos autores del estudio multiplicaron por dos las puntuaciones y los puntos de corte para comparar sus resultados con los obtenidos con la DAS-42. ^cLos autores utilizaron una puntuación de corte para identificar un nivel "considerable" (notable) de depresión que se corresponde con el percentil 85 en el estudio de Choi et al. (1997) y que, en el presente estudio, se ha considerado equivalente a un nivel moderado de depresión. ^dEn la versión definitiva del artículo solo se informaba de los datos correspondientes a los niveles moderado-grave de síntomas, pero en una versión previa (<https://psyarxiv.com/mq4fg/>) aparecen los referentes a los niveles leve-grave. ^eMuestra de participantes que completaron la encuesta en los dos momentos (M1 y M2).

Tabla 6.- Estudios sobre la prevalencia del malestar emocional durante la pandemia de la COVID-19 en la población general adulta de España

Referencia	Muestra de participantes				Diseño	Recogida de datos	Fecha de evaluación	Instrumento	Prevalencia
	Tamaño	Cobertura	Edad media	% de mujeres					
Günther-Bel et al. (2020)	407	Nacional	42.7	77.0	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 24 de marzo a 7 de abril de 2020	Escala de ansiedad estado del STAI ^a	L-G = 49.2 M-G = n. i. G = n. i.
Pérez et al. (2020)	1781	Nacional	35.2	77.8	Transversal	Por internet y bola de nieve	(1) 1 a 17 de abril de 2020	Índice de gravedad global (GSI) del BSI-18 ^b	L-G = n. i. M-G = 25.0 G = n. i.
Valiente et al. (2021b)	1628 (M1 y M2) ^c	Nacional	45.7	47.1	Longitudinal	Por internet y panel	(1) 7 a 14 de abril de 2020 (2) 7 a 11 de mayo de 2020	GAD-7 + PHQ-9 + subescala de TEPT del ITQ ^d	M1: L-G = n. i. M-G = 32.2 G = n. i. M2: L-G = n. i. M-G = 36.7 G = n. i.

Nota. (1) Primer mes, aproximadamente, después de declararse el estado de alarma en España. (2) Segundo mes o más, aproximadamente, después de declararse el estado de alarma en España. L-G: malestar emocional de leve a grave; M-G: malestar emocional de moderado a grave; G: malestar emocional grave; n. i.: no se informa en el estudio. ^aLos autores del estudio informan que utilizaron unos puntos de corte que definían niveles “elevados” o “muy elevados” del constructo psicológico que mide la escala de ansiedad estado del STAI, pero dado que no se encontraron dichos puntos de corte en las referencias citadas en el estudio, se consideraron que definían niveles leves, ya que para el otro instrumento utilizado en el estudio (el BDI-II; véase la tabla 1), se utilizó un punto de corte que definía niveles leves. ^bPara identificar niveles clínicamente significativos de depresión, los autores utilizaron una puntuación T de 63, que es la que se suele utilizar en el BSI-18 para identificar niveles clínicamente significativos de malestar psicológico; esta puntuación se corresponde con el percentil 90 y, en el presente estudio, se ha considerado equivalente a un nivel moderado de sintomatología de depresiva. ^cMuestra de participantes del estudio de Valiente et al. (2021a) que completaron la encuesta en los dos momentos (M1 y M2) para el estudio de Valiente et al. (2021b). ^dLa presencia de niveles moderados a graves de malestar emocional se definió en el estudio por la obtención de una puntuación igual o mayor a la puntuación de corte para niveles moderados de síntomas en cualquiera de los tres instrumentos, GAD-7, PHQ-9 o subescala de trastorno de estrés postraumático (TEPT) del ITQ.

Figura 1.- Evolución de la pandemia de la COVID-19 en España durante la primera ola

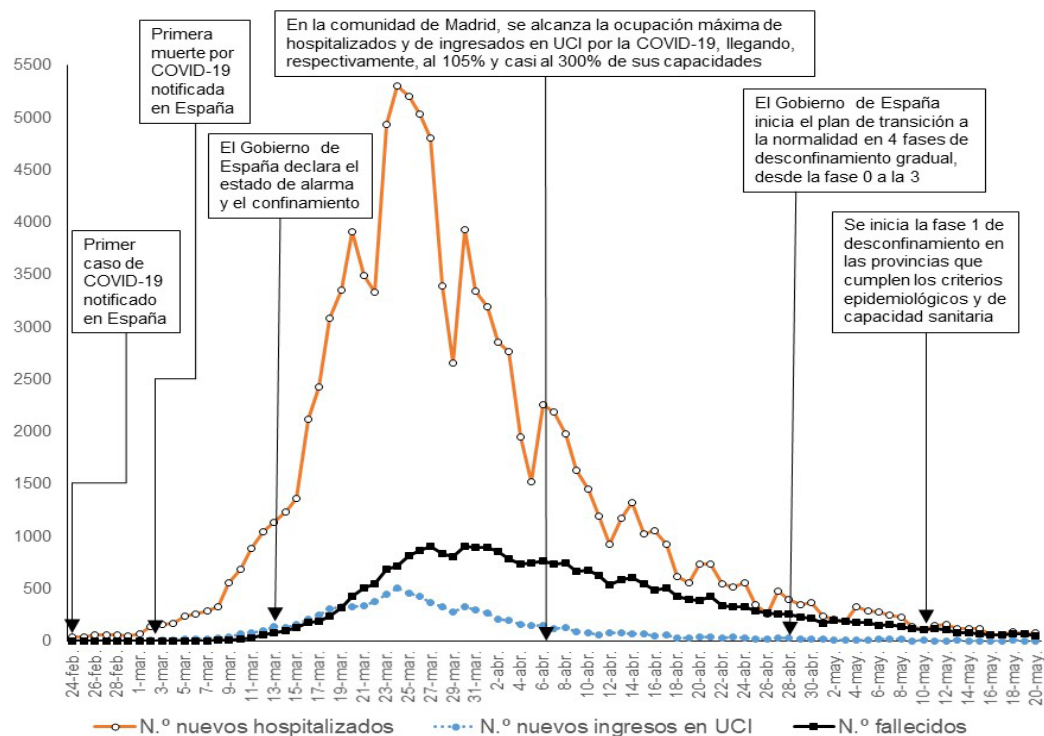


Figura 2.- Índice de rigurosidad de las medidas gubernamentales para controlar la primera ola de la pandemia de la COVID-19 en España, Bélgica y Reino Unido

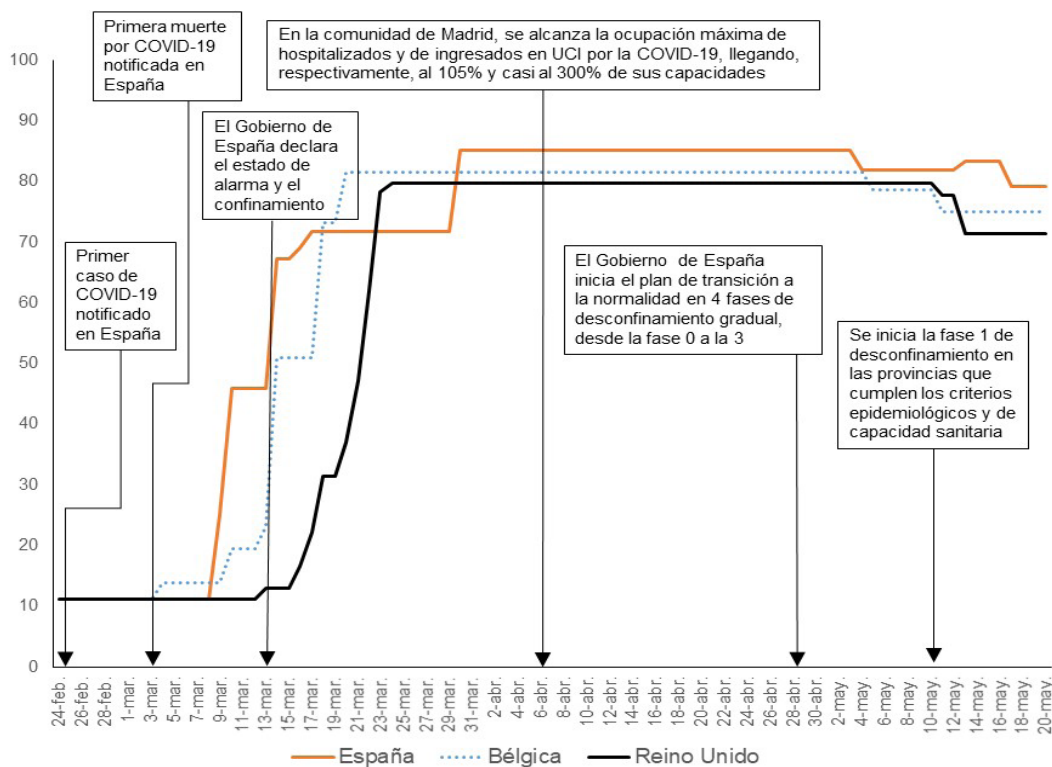


Figura 3.- Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de los estudios que reflejan la investigación psicológica relacionada con la pandemia de la COVID-19 realizada en España hasta octubre de 2020

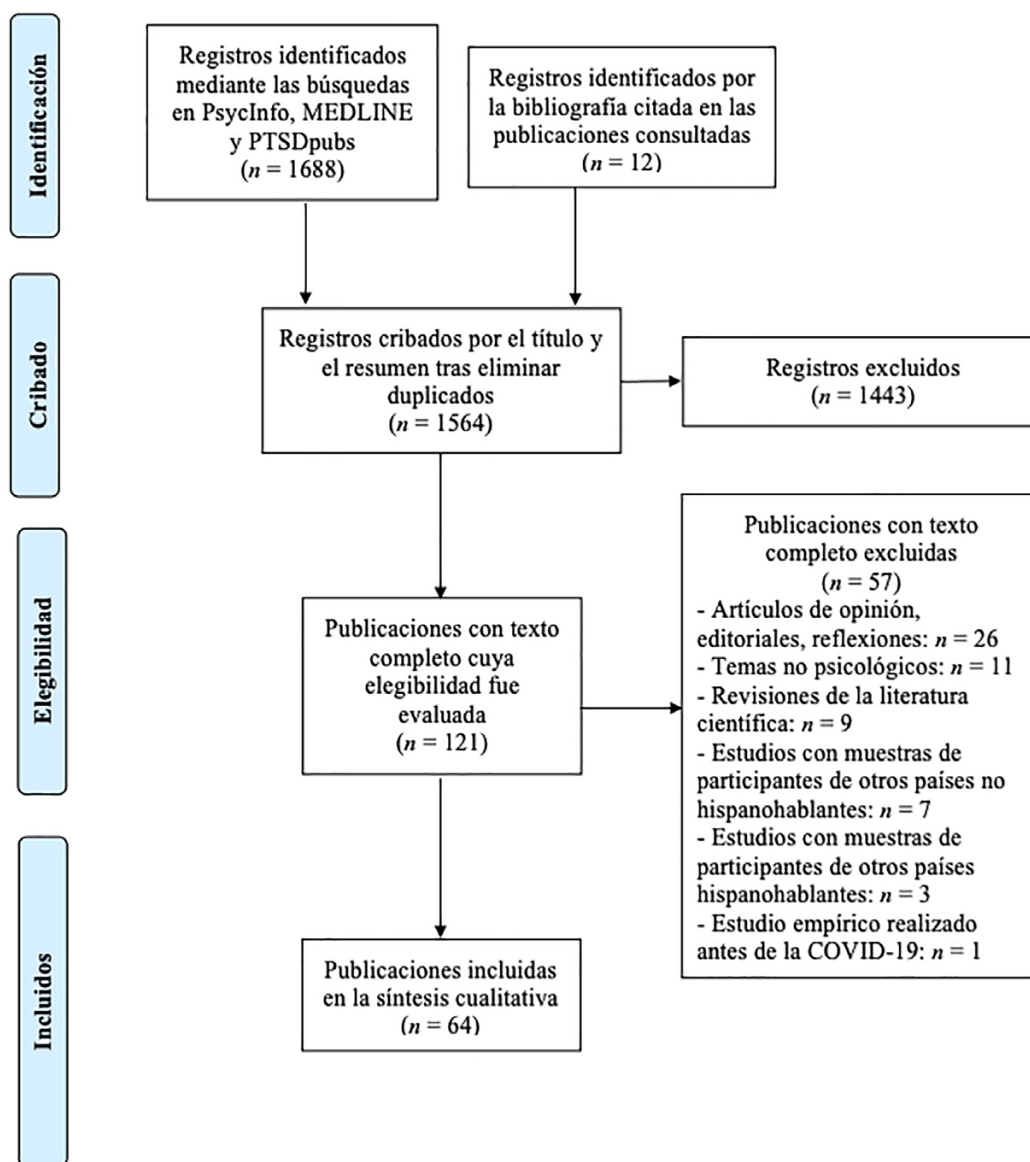


Figura 4. -Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de los estudios sobre la prevalencia de los problemas emocionales durante la pandemia de la COVID-19 en España

